

## 調査に関わる同意書

・ 出産日 \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

・ 被保険者（患者）

（被保険者名） \_\_\_\_\_

（住所） \_\_\_\_\_

（生年月日） \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

宇和島市 御中

私（出産をした者）、\_\_\_\_\_と、私の世帯主、\_\_\_\_\_は、宇和島市の職員又は、宇和島市が委託した事業者が、海外出産申請書類にある事実（出産をした日時、場所、出産の事実）を確認するため、申請書類の提供等によって、出産を行った医療機関等に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。また、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを貴市に提示することも併せて同意します。

## 署名・押印欄

署名・押印は、出産をした被保険者本人が行って下さい。なお次の場合は、親権者（本人が未成年の場合）、成年後見人（本人が成年被後見人の場合）、法定相続人（本人が死亡している場合）が署名、押印して下さい。

（氏名） \_\_\_\_\_印

（住所） \_\_\_\_\_

（日付） \_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

（患者との関係） \_\_\_\_\_：本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 [ \_\_\_\_\_ ]

※ 本同意書の有効期限は署名日から6ヵ月間です。

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要な事項を記載頂くことがあります。